


Praxisauftrag 2.Schuljahr/2.Halbjahr	Organisationshandbuch Berufsfachschule für Altenpflege Bamberg	2 509 403 204	
---	--	------------------	---

Praxisaufgabe

2. Schuljahr / 2. Halbjahr

Kurzinformation:

1. ...
2. ...

Mitgeltende Unterlagen/Dokumente/Querverweise:

- 2 509 403 206 Ergebnisprotokoll u. Beurteilungsbogen Pr.besuch ab 2. Sj, 2. Hj.
- 2 509 403 419 Bewertung Praxisaufgabe-Pflegeplanung (ab 2. Sj._2.Hj.)

Versionsverlauf		Seite 1 von 12	Erstellt: QZ Geprüft QZ Freigegeben: S. Espach EL	Berufsfachschule für Altenpflege Jakobsberg 31 96049 Bamberg Tel: 0951/95223-610
1.0	08/2011			
2.0	03/2012	anderer HB bei 2. Besuch		
3.0	04/2013	Wegfall Unterteilung Pflpl. in Bereiche		
4.0	06/2015	unbenoteter Besuch, PP mit PA im Vorfeld erstellen		

PRAXISAUFGABE

Kurs 42 2. Schuljahr 2015/2016 2. Halbjahr

Aufgabe: Sammeln Sie ausreichend Informationen über eine/n Bewohner/in für Ihren 2. Praxisbesuch und legen Sie über diese/n ein Stammbblatt mit Anamnese und ein Biographieblatt an.

Erstellen Sie dazu eine Pflegeplanung nach den vorgegebenen Schritten.

Wählen Sie bitte bei den körperlich / pflegerischen Problemstellungen solche aus mit dem Schwerpunkt:

„Probleme bei Diabetes mellitus“

Nur falls dies nicht möglich sein sollte, können auch allgemeine Probleme, deren Thematiken in den früheren Schulunterricht bereits besprochen wurden, definiert werden.

*Die Pflegeplanung soll ganzheitlich sein und muss **Pflegediagnosen** (mit P E S – Struktur) **aus dem körperlichen Bereich (hier sämtliche) und mindestens jeweils eine Pflegediagnose aus mindestens zwei der Bereiche „Geist“ / „Seele“ / „Sozialer Bereich“** enthalten.*

Verwenden Sie die von der Schule vorgegebenen Vordrucke.

Vorgehen:

Suchen Sie sich während der ersten Praxiswochen zwei Bewohner aus, die Ihnen für die Praxisbesuche und -aufgabe geeignet erscheinen.

Bitten Sie Ihre Praxisstelle, Sie so zum Dienst einzuteilen, dass Sie in der Lage sind, diese Bewohner so regelmäßig als möglich zu pflegen und zu betreuen.

Bevor Sie die geplanten Maßnahmen zur Erreichung der Ziele durchführen, besprechen Sie sich unbedingt mit Ihrer Praxisanleitung!

Ablauf/ Vorbereitung - unbenoteter Besuch:

1. **Pflegeplanung.** Erstellen Sie für den von ihnen ausgewählten BW/Pat, gemeinsam mit Ihrer Praxisanleitung bis zum unbenoteten Besuch eine Pflegeplanung bzgl. aller an diesem Besuch geplanten Maßnahmen („kleine Pflegeplanung“). Die Praxisanleitung soll als Zeichen der Mitarbeit, die Pflegeplanung unterschreiben.
Bitte legen Sie am Besuchstag, die Pflegeplanung und die für diesen Tag ausgefüllte Ablaufplanung (siehe Vorlage) der jeweiligen Lehrkraft vor. Die Lehrkraft wird nach der praktischen Durchführung und der Reflektion die Pflegeplanung gemeinsam mit Ihnen ansehen und besprechen.
2. **Durchführung.** Bitte geben Sie der jeweiligen Lehrkraft eine strukturierte Übergabe (nach ABEDL + Biografie). Anschließend erfolgt die Durchführung der Pflege entsprechend der Pflegeplanung (einschließl. Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen/ sozialpflegerische Aktivität)

Dauer: ca. 90 Minuten

3. **Reflexion.** Hier hat der Schüler die Pflegeplanung mit der Pflegedurchführung zu vergleichen und zu bewerten, vorgenommene Pflegemaßnahmen zu erläutern und theoretisch zu begründen, ggf. Abweichungen von der Pflegeplanung zu begründen und die gesamte Pflegemaßnahme zusammenzufassen.

Dauer: ca. 15 Minuten.

Ablauf/ Vorbereitung - benoteter Besuch:

- 1. Pflegeplanung.** Am Beginn des Besuches steht die schriftliche Ausarbeitung einer Pflegeplanung, bzgl. der geplanten Maßnahmen dieses Besuches über den jeweils ausgewählten Bewohner/ Patienten („kleine Pflegeplanung“). Als Quelle dienen alle Bewohner-/ Patientenunterlagen, außer der Pflegeplanung.
Bitte bringen Sie die für diesen Tag die ausgefüllte Ablaufplanung (siehe Vorlage) mit und legen sie diese der jeweiligen Lehrkraft vor.

Dauer: ca. 45 Minuten.

- 2. Durchführung.** Bitte geben Sie der jeweiligen Lehrkraft eine strukturierte Übergabe (nach ABEDL + Biografie). Anschließend erfolgt die Durchführung der Pflege entsprechend der Pflegeplanung (einschließl. Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen/ sozialpflegerische Aktivität)

Dauer: ca. 90 Minuten

- 3. Reflexion.** Hier hat der Schüler die Pflegeplanung mit der Pflegedurchführung zu vergleichen und zu bewerten, vorgenommene Pflegemaßnahmen zu erläutern und theoretisch zu begründen, ggf. Abweichungen von der Pflegeplanung zu begründen und die gesamte Pflegemaßnahme zusammenzufassen.

Dauer: ca. 15 Minuten.

Beim 2. Besuch (**mit dem anderen Bewohner/Patient!**) erfolgt anschließend die Bewertung durch die Lehrkraft. Bei der Bewertung ist auf die berufliche Handlungskompetenz (u. a. Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz) einzugehen.

Abgabe: Stammblatt, Biografieblatt und Gesamt-Pflegeplanung für den Bewohner/Patienten des 2. Besuchs: am Termin des 2. Praxisbesuches!

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Schule.

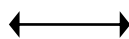
Ablaufplanung zur Pflegeplanung bei Praxisbesuch am: _____

Name SchülerIn: _____

Zeit	Maßnahmen/Programm	Material

Notwendige Vorbereitungen: _____

Mögliche Schwierigkeiten



Mögliche Reaktionen/Programmalternativen

Name SchülerIn: _____

Name Klient: _____

Lebenslauf (Familie, Geschwister, Schule, Ausbildung, Beruf, Wohnung, prägende Ereignisse, Krisen, Erkrankungen ...)

Frühere Interessen / Gewohnheiten

(Clubs, Fernsehen, Gartenarbeit, Handarbeit, Kochen, Lesen, Musik, Reisen, Spaziergehen, Spiel, Sport, Theater, Tiere, gelebte Religion)

Jetzige Möglichkeiten

Pflegeplanung

Anam. Nr.:	Dat.:	Pflegediagnose, Probleme/Bedürfnisse: <small>unter Berücksichtigung des körperlichen/geistigen/emotionalen/sozialen Bereiches</small>	Restfähigkeiten: <small>welche eigenen Möglichkeiten hat der HB?</small>	Ziele: <small>was möchte ich erreichen?</small>	geplante Maßnahmen: <small>was kann ich zur Zielerreichung tun?</small>

Anam. Nr.:	Dat.:	Pflegediagnose, Probleme/Bedürfnisse: unter Berücksichtigung des körperlichen/geistigen/emotionalen/sozialen Bereiches	Restfähigkeiten: welche eigenen Möglichkeiten hat der HB?	Ziele: was möchte ich erreichen?	geplante Maßnahmen: was kann ich zur Zielerreichung tun?

Unterschrift Praxisanleiter: _____

Anamnese

A = Anleitung = 0 P B 0 Beaufsichtigung = 1 P U = Unterstützung = 2 P TÜ = Teilweise Übernahme = 3 P VÜ = Vollständige Übernahme = 4 P
 (entsprechende Kürzel in Kästchen Hilfe/Punkte eintragen)

	Hilfe/Punkte	
1. Kommunizieren können (Sehen, Hören, Sprechen, Sprachverständnis, Orientierung, Gedächtnis)	Pflegediagnose	
2. Sich bewegen können (Hilfestellung, Rollstuhl, bettlägerig, Kontrakturen)	Pflegediagnose	
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten (Atmung, Kreislauf- und Wärmeregulation)	Pflegediagnose	
4. Sich pflegen können (Waschen, Haut)	Pflegediagnose	
5. Essen und Trinken können (Kau- und Schluckstörungen)	Pflegediagnose	
6. Ausscheiden können (Toilettentraining, Inkontinenz)	Pflegediagnose	
7. Sich kleiden können	Pflegediagnose	

8. Ruhen und Schlafen können (Schlafmittel, Schlaf-Wachumkehr)	Pflegediagnose		
9. Sich beschäftigen können (Aktivitäten, Hobbies, Freizeitgestaltung)	Pflegediagnose		
10. Sich als Mann / Frau fühlen können	Pflegediagnose		
11. Für Sicherheit sorgen können (Orientierung zu Raum, Zeit, Entscheidungsfähigkeit, Medikamente, Hilfsmittel)	Pflegediagnose		
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern können (Sozialverhalten, Kontakte)	Pflegediagnose		
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können	Pflegediagnose		
14. Umgang mit dem Tod			
Größe	Gewicht	RR	Puls
Ärztliche Diagnosen			
Bestehende Medikation			
Bestehende Therapien			
Datum:	Unterschrift der Pflegekraft		

Stammblatt

Heimdaten	Kassendaten	Datum	Kostform
Lfd. Nr.	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> VdAK <input type="checkbox"/> AEV <input type="checkbox"/> Knapp- schaft <input type="checkbox"/> UV		
Aufnahme Nr.	Anschrift	Tel.-Nr.	
Aufenthalt ab	bis		
Persönliche Daten	KV Nr.	PV Nr.	Ärzte
Name	Geburtsname		Kostenträger
Vorname			Notarzt
Geb.-Datum	Geb.-Ort	Datum	Pflegerstufe
Fam.-Stand	Konfession	Datum	Pflegerstufe
Staatsangehörigkeit			
Bisherige Anschrift	Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	von	bis
	Vollstationäre Pflege nach § 42 SGB XI		
Mitgebrachte Dokumente / Eigentum	Pflegedaten		
	<input type="checkbox"/> Fixierung <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Psychopharmaka		
	Grund		
Angehörige		Leihgeräte	
	<input type="checkbox"/> mit Einwilligung des Bewohners / Betreuers	Leihsteller	von - bis
	<input type="checkbox"/> mit Entscheidung des Gerichts		
Gesetzliche Betreuung	Betreuer Tel.	Datum	
<input type="checkbox"/> Personenvorsorge	Brille / Kontaktlinsen	Zahnprothesen	
<input type="checkbox"/> Med. Angelegenheiten	Hörapparat	Arm-/ Beinprothesen	
<input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge	Gehhilfen	Seelsorge	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	Allergien / Unverträglichkeiten	Pfarrer	der Gemeinde
<input type="checkbox"/>		informiert am	
Barbetrag zu pers. Verfügung	<input type="checkbox"/> ja	Besuchsdienst	
Rezeptgebühr befreit	<input type="checkbox"/> ja bis Ausweis Nr.	Bestattungswünsche	
Fahrtkosten befreit	<input type="checkbox"/> ja Rundfunk-/Fernsehgebühr befreit <input type="checkbox"/> ja		

Krankenhaus / Grund der Einweisung	Aufenthalt		Angehörige	
	von	bis	verständigt	Wen?
			<input type="radio"/> ja	
			<input type="radio"/> ja	
			<input type="radio"/> ja	
			<input type="radio"/> ja	
			<input type="radio"/> ja	
			<input type="radio"/> ja	
			<input type="radio"/> ja	

Bezugspflegekraft bis	Name	von – bis	Name	von – bis	Name	von -